

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

Barbara Michele Amorim

**OS DISCURSOS SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: UM
ESTUDO DE CASO COM OS PARTICIPANTES DO
PROGRAMA FLORIPA ATIVA DO BAIRRO CÓRREGO
GRANDE.**

Monografia submetida ao Curso de
Ciências Sociais da Universidade
Federal de Santa Catarina para a
obtenção do Grau de Bacharel em
Ciências Sociais.

Orientador: Márcia Grisotti

Florianópolis

2011

Catálogo na fonte elaborada pela biblioteca da
Universidade Federal de Santa Catarina

A ficha catalográfica é confeccionada pela Biblioteca Central.

Tamanho: 7cm x 12 cm

Fonte: Times New Roman 9,5

Maiores informações em:

<http://www.bu.ufsc.br/design/Catalogacao.html>

Barbara Michele Amorim

**OS DISCURSOS SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: UM
ESTUDO DE CASO COM OS PARTICIPANTES DO
PROGRAMA FLORIPA ATIVA DO BAIRRO CÓRREGO
GRANDE.**

Esta Monografia foi julgada adequada para obtenção do Título de “Bacharel”, e aprovada em sua forma final pelo Curso de Ciências Sociais.

Florianópolis, 10 de Março de 2011.

Prof. Julian Borba, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Márcia Grisotti,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Ana Paula Saccol,
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a., Dr.^a. Júlia Guivant,
Universidade Federal de Santa Catarina

À minha família e ao “Gabi”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todo apoio que tive durante esses anos de faculdade.

Àqueles professores que acreditaram em minhas competências, como Miriam Grossi, Jacques Mick, Fernando Dias de Ávila Pira e especialmente Márcia Grisotti. Estes e todos os outros professores com quem aprendi têm neste trabalho um pouco de influência.

Agradeço a minha família pela compreensão e apoio. Às minhas avós Liene e “Pepe”, que sempre serão minha inspiração. Às minhas irmãs Patrícia e Jaqueline que são meus amores, e à minha madrinha Katia, que me incentivava ao curso mesmo sem saber.

A todos os amigos que participaram desta caminhada comigo: Letícia, Marcília, Lucas, Gabriella, Claudio, Kênia, Elaine, Ana Saccol, Andressa, Heron, Gisele, Monique, e aos colegas com quem dividi angústias e conhecimento. Aquelas (es) que não academicamente me entendem: Débora, Eveny, Christie, Pedro e Flávia, muito obrigada.

Agradeço muito ao Gabriel por todo o apoio, as discussões teóricas, aos abraços em dias de angústia, as risadas e ao incentivo para que este trabalho ficasse pronto logo.

Sempre fica a sensação de que nomes estão faltando, mas mesmo sem incluir aqui todos que merecem meus agradecimentos, me sinto contemplada por tê-los por perto.

RESUMO

A temática alimentação e doença é pouco explorada no âmbito das pesquisas na área de sociologia, especialmente os discursos de qualidade de vida e alimentação saudável. Através de questões sobre os hábitos alimentares e suas ligações com a prevenção/tratamento de doenças, pode surgir uma auto-reflexão dos participantes da pesquisa, bem como, destacar a relevância da discussão sobre este tema, na tentativa de refletir sobre a complexidade existente na questão da alimentação.

Com base em referenciais teóricos que abrangeram diversas áreas relacionadas aos indivíduos estudados, como a alimentação, suas relações com o SUS e com as próprias representações sobre a velhice, pudemos ampliar o olhar analítico e perceber com maior clareza as percepções trazidas por eles.

Esta monografia pretendeu entender, a partir de análises de discurso, quais as percepções de populações alvos sobre sua saúde – representados empiricamente através de entrevistas com os pacientes de unidades básicas de saúde que participam do Programa Floripa Ativa localizado no bairro Córrego Grande, no município de Florianópolis.

Algumas relações ficaram evidentes, entre elas uma preocupação com a saúde, tanto na prevenção e manutenção, bem como o tratamento de doenças, tornando-se claro pela prática de exercícios físicos e cuidados com a alimentação por parte dos estudados. Pudemos perceber como o fato total da alimentação é vivido por nossos sujeitos de pesquisa. Mais que ingerir carboidratos, gorduras, proteínas e vitaminas, os outros aspectos da vida cotidiana interferem no modo como são percebidos os alimentos e também sua relação com as doenças crônicas. Por fim, os depoimentos dos sujeitos dão outras possibilidades causadoras de doenças crônicas que não a alimentação, como traumas e fatores genéticos.

Palavras-chave: Programa Floripa Ativa, alimentação saudável, representação saúde/doença, envelhecimento.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	01
PROBLEMÁTICA.....	03
METODOLOGIA.....	07
1 PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE ALIMENTAÇÃO E SAÚDE.....	11
1.1 Alimentação saudável	12
1.2 A noção de terceira idade.....	19
2.DISCURSOS SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: UM ESTUDO DE CASO.....	23
2.1 Contextualização do universo empírico da pesquisa: O programa Floripa Ativa.....	23
3 TRAJETÓRIAS.....	29
3.1 As perspectivas dos sujeitos.....	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	55
ANEXO A – Roteiro da entrevista.....	59

APRESENTAÇÃO

Um dos campos de atuação da sociologia é a área da saúde, não só estudado como os indivíduos entendem a questão da saúde, mas também os mecanismos utilizados para levar informação à comunidade, os meios de investir em saúde pública e como todos esses mecanismos são compreendidos pelas pessoas. A temática alimentação e doença tem sido pouco explorada no âmbito das pesquisas na área de sociologia, especialmente no que diz respeito aos discursos de qualidade de vida e alimentação saudável. Nesta pesquisa esperamos que através de questões sobre os hábitos alimentares e suas ligações com a prevenção/tratamento de doenças, possa ser estimulada uma reflexão dos participantes da pesquisa, bem como, destacar a relevância da discussão sobre este tema, na tentativa de refletir sobre a complexidade existente na questão da alimentação.

Através dos avanços tecnológicos e científicos, observa-se o aumento dos discursos sobre o envelhecimento, exercícios físicos, a alimentação e a possibilidade destes fatores, no seu conjunto, serem interpretados como causadores das doenças, principalmente as crônicas. A sociologia da saúde encontra então um lócus propício para desenvolver pesquisas. Saber como as pessoas se relacionam e tomam decisões baseadas em tantas controvérsias e saberes é um dos objetos de estudo dessa pesquisa.

Com base em referenciais teóricos que abrangeram diversas áreas das que surgiram nas respostas dos indivíduos estudados, como a alimentação, suas relações com o SUS e com as próprias representações

sobre a velhice, pudemos ampliar o olhar analítico e perceber com maior clareza as percepções trazidas pelos nossos sujeitos.

Esta monografia pretendeu entender, a partir de análises de discurso, quais as percepções de população alvo sobre sua saúde e essa relação com sua alimentação – representada empiricamente por pacientes de unidades básicas de saúde que participam do Programa Floripa Ativa localizado no bairro Córrego Grande, no município de Florianópolis.

Este trabalho é um desdobramento do projeto aprovado e financiado pelo CNPq: Os alimentos funcionais em supermercados no Brasil e Holanda: análise sociológica da construção social das alegações de saúde e o seu papel nas políticas de saúde pública e no perfil das escolhas dos consumidores que, por sua vez, faz parte do Convênio Capes/Wageningen.

PROBLEMÁTICA

A temática sobre alimentação saudável, no escopo da sociologia da saúde, apresenta, a princípio, duas vertentes principais¹.

Por um lado, há a correlação entre alimentação e o tratamento e prevenção de doenças crônicas. Esta vertente é respaldada pelas grandes agências internacionais como, por exemplo, a Organização Mundial da Saúde que propõe uma ligação quase que direta entre alimentação saudável e diminuição de doenças. No documento Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases (WHO, 2003), a Organização Mundial da Saúde deixa claro a relação entre saúde física e alimentos. “Dieta e nutrição são importantes fatores na promoção e manutenção da boa saúde durante toda a vida. O papel da alimentação no que se refere à doença crônica é bem claro e por isso ocupa posição de relevância dentre as atividades de prevenção” (WHO, 2003, p.4).

Esse discurso corrente sobre alimentação saudável e suas implicações nas práticas alimentares está cheio de controvérsias e lacunas. Ele se concretiza a partir das políticas de saúde pública². Esse estilo de pensamento se baseia em estudos epidemiológicos, feitos para tratar populações e não casos individuais, gerando dúvidas entre profissionais de saúde durante as prescrições e entre a população na hora de se alimentar. Este documento tem como resultado um tipo de

¹ Outro enfoque de análises está no estudos feitos sob a ótica das dinâmicas do consumo dos alimentos sustentáveis. Para maior aprofundamento ver (OOSTERVEER, P. ; GUIVANT, J. S. ; SPPARGAREN, G., 2010).

² Saúde pública é a organização dos sistemas e serviços de saúde, cuja principal característica é controlar a incidência, mortalidade e morbidade através de ações de vigilância e intervenção. Ela age sob a ótica do estado com os interesses que ele representa na organização social e nas políticas de pessoas.

reducionismo, que leva o alimento ao nível de nutrientes, tirando da alimentação seu teor de fato social total. Outro ponto a ser problematizado é sua proposta para que cada país normatize em favor de uma “alimentação saudável”, excluindo as multiplicidades existentes sobre o que seria uma alimentação saudável (Grisotti, 2010).

Por outro lado existe um conjunto de estudos avançados sobre o envelhecimento e o papel da alimentação nesse processo, que necessita também ser problematizado. A ótica da saúde coletiva³ influencia muito nesses estudos, pois o caráter interdisciplinar se torna fundamental. A partir da ideia da construção social do papel da terceira idade⁴ como um consumidor ativo e autônomo, podemos vislumbrar uma atenção maior por parte das indústrias nesse público-alvo.

Essas duas vertentes estão submersas nas experiências e significados das doenças, principalmente porque não existe um conceito unitário e universal. Existem são vários pontos de vista: médico, econômico, jurídico, social e cultural (GRISOTTI, 2010) e uma classificação arbitrária que pretende identificar e classificar a saúde humana da população a partir da utilização de métodos estatísticos. Mas é possível pensar em diferentes percepções sobre doença pelos adoecidos:

“estar doente” - uma constatação e convivência com a doença por um período temporário, cujo mecanismo de tratamento percebe-se também temporário; “ser doente” - convivência e adaptação permanente com a doença, o que implica um

³ A Saúde Coletiva tenta entender a saúde incluindo investigações históricas, sociológicas, antropológicas e epidemiológicas sobre a própria produção do conhecimento do saber científico e das práticas populares que são influenciadas pelas tradições, crenças e cultura de modo geral. Ela tenta compreender o processo de adoecimento de diversos pontos de vista.

⁴ O tema será melhor abordado no capítulo de referencial teórico.

reajuste de todas as estratégias de sobrevivência, incluindo uma alteração no estilo de vida (percepções, hábitos, comportamentos), gerando um leque de privações e sofrimentos tanto pessoais quanto dos indivíduos em torno; “poder ficar doente” - possibilidade ou não de contrair alguma doença, seja por acaso ou por tendências psico-orgânicas individuais, acarretando ou não a procura por medidas preventivas; e “sentir-se doente” - um estado psicológico no qual, biologicamente, o indivíduo está sadio (do ponto de vista da medicina oficial), porém ele próprio sente-se interiormente debilitado, ou, ao contrário, certas pessoas não apresentam nenhum sintoma mórbido apesar da presença de germes patológicos em seus corpos. (GRISOTTI, 2010. p. 16-17)

No meio dessas várias formas de focalizar a temática sobre idosos/terceira idade/velho, alimentação e saúde separadamente, percebo o presente estudo como uma forma de uni-los e tentar cotejar os diversos saberes, mesmo que de forma mais exploratória e panorâmica. A partir dele será posteriormente possível avançar os estudos de forma mais profunda em algum (ns) desses olhares sobre a relação saúde-alimentação.

Temos, como ênfase nesse trabalho, a construção discursiva que os participantes do Programa Floripa Ativa do bairro Córrego Grande fazem sobre seus hábitos alimentares e a correlação destes com as doenças que eles apresentam. A partir desse discurso será problematizado qual o(s) significado (s) de alimentação saudável construídos por eles e quais fatores que influenciam nessa construção social de alimentação saudável?

Portanto, o objetivo geral dessa pesquisa foi o de identificar e analisar os discursos sobre alimentação saudável dos participantes do

Programa Floripa Ativa, no bairro Córrego Grande, em Florianópolis – SC. Os objetivos específicos são: 1) Contextualizar o local e as pessoas que frequentam o Projeto Floripa Ativa, no Córrego Grande; 2) Identificar e analisar o significado de alimentação saudável para os sujeitos da pesquisa; 3) Identificar a legitimidade das recomendações médicas no seu discurso sobre alimentação saudável, por parte dos participantes; 4) Identificar as fontes de informação sobre alimentação saudável por essas pessoas.

METODOLOGIA

A pesquisa se propôs a perceber os discursos das pessoas acima de 60 anos – participantes do programa Floripa Ativa do bairro Córrego Grande, SC - sobre a relação saúde e alimentação.

O Programa Floripa Ativa formado no bairro Córrego Grande tem a participação de em média 60 pessoas, todos incluídos nas fases A e B⁵. Os encontros são feitos no centro comunitário que fica ao lado da unidade básica de saúde do bairro, três vezes na semana. O Programa Floripa Ativa nesse bairro assume um caráter mais flexível quanto a idade dos participantes, pois recebe pessoas que não completaram 60 anos.

Na pesquisa bibliográfica estudou-se sobre a temática de alimentação saudável e qualidade de vida, a partir de vários enfoques.

A pesquisa empírica se realizou nos meses de dezembro de 2009, durante o encontro semanal do grupo, onde foram realizadas duas discussões em grupo/grupo focal (cada um com cerca de 25 sujeitos) e uma pré-seleção das pessoas a serem convidadas a participar de entrevistas individualizadas. Durante alguns dias antes da realização do grupo focal, participamos das atividades propostas pelo programa, visando maior interação e “intimidade” com os sujeitos da pesquisa.

A discussão em grupo teve como tema principal as mudanças dos hábitos alimentares surgidos com a identificação da doença. Para isso foram feitas perguntas como: O que você comia? O que deixou de comer? O que gostaria de comer, mas não pode? Para Macrae (1999), o papel do pesquisador é apenas de condutor da discussão. O grupo em

⁵ O tema será melhor abordado no capítulo de referencial teórico.

questão já tinha uma afinidade interna, facilitando a condução da discussão e diminuindo a inibição do ato de expor opiniões em público. Todos deram suas opiniões e levantaram dúvidas com relação a suas refeições. Por conta da afinidade entre os participantes desse programa, muitos comentários humorísticos vieram à tona, também discussões sobre qual opinião estava mais “correta” que outra. Em dezembro de 2010 o grupo foi revisitado para aprofundamento dos temas.

O número de informantes para a entrevista dependeu da homogeneidade das respostas (as entrevistas foram realizadas até que as respostas se tornassem mais ou menos saturadas), que ao final somaram onze pessoas. Como explica Macrae (1999), a entrevista baseia-se em um roteiro e pretende apreender as percepções, juízos e escolhas. Tanto as discussões em grupo como as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas e analisadas. Todos participantes autorizaram a gravação e utilização das entrevistas. O caráter de anonimato foi garantido.

Enfatizamos nosso interesse em conduzir as atividades no ambiente de socialização dos nossos informantes (centro comunitário onde acontecem as atividades em grupo e em suas residências), visando complementá-las com discussões que versassem sobre os detalhes que compõem as situações de seu cotidiano.

Como forma de análise, utilizamos a técnica de análise de discurso, levando em consideração as fases individuais e coletivas da coleta de dados. Verificamos as noções de alimentação saudável, a partir dos saberes expostos pelos participantes e da contextualização tanto do espaço Floripa Ativa quanto dos participantes. O objetivo não foi ter categorias e/ou conceitos prévios a análise, e sim tentar agrupar o que

emergiu nas falas dos participantes. O pensamento de Elias, trabalhando por Landini (2006) nos remete a este ponto, quando propõe que os conceitos sociológicos devem constituir o resultado das pesquisas e não sua prévia.

Temos como pressuposto que nem sempre as noções e significados que emergirão serão os mesmos para todos os sujeitos. Nessa perspectiva, considero importante a tentativa de perceber como as interlocuções se dão em um espaço que ora foi de socialização em grupo, ora foi entre “pesquisado” e pesquisador.

1. PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE ALIMENTAÇÃO E SAÚDE

Várias são as vertentes e possíveis abordagens para a problemática, mas o foco utilizado nessa pesquisa contou com aspectos sobre as mudanças de hábitos alimentares, envelhecimento e o processo de saúde e doença.

Tivemos nesse trabalho a preocupação de perceber o fato social total da alimentação desses sujeitos como uma configuração, a partir dos preceitos de Elias. Esse conceito

busca expressar a imagem do ser humano como personalidade aberta, aquele que possui algum grau de autonomia em face das outras pessoas (nunca uma autonomia completa), mas que, na realidade, é fundamentalmente orientado para as outras pessoas e dependente delas – o que liga os seres humanos é justamente a rede de interdependências (LANDINI, 2006. p.96).

Por vezes foi difícil perceber a ligação dos temas e conceitos, porém, observando os sujeitos da pesquisa, pudemos observar a interdependência dessas categorias em suas experiências. Por essa razão o recorte teórico dessa pesquisa priorizou a análise dos hábitos alimentares (e a alimentação dita saudável), a análise dos usos do termo “idoso” e “terceira idade” e a adequação desses dois aspectos nas diretrizes oficiais de saúde preconizadas pelo SUS.

1.1 Hábitos Alimentares

Elias (1994) resgata em seu livro “O processo civilizador” as normas historicamente construídas do conceito de civilidade e descreve sua construção e modificação ao longo dos tempos. O autor trabalha com a gênese dos conceitos de civilização e cultura e passa a escrever sobre as práticas para “internalizar” esse conceito em diversos países e momentos históricos.

O segundo capítulo de tal livro versa sobre a transformação do comportamento humano no processo de civilização. Através de exemplos de manuais de boas maneiras à mesa, percebe-se que muitas noções, no momento em que são interiorizadas, não são mais fortemente repudiadas ou requisitadas nos manuais. Essas regras na maioria das vezes se referiam aos modos da “alta sociedade”, mas mesmo assim eram assimiladas e adaptadas pelos outros grupos sociais existentes. Ao longo dos séculos, os manuais se modificaram junto com o resto da sociedade e assim também ocorre com o próprio conceito de civilização.

Nesse aspecto podemos pensar na ambiguidade que envolve as mudanças nos hábitos alimentares e as mudanças de comportamento, especialmente quando se procura identificar o que vem primeiro: mudanças comportamentais individuais ou coletivas reconhecidas socialmente impulsionam novas formas de conhecimento? A produção do conhecimento científico impulsiona as mudanças de comportamento alimentar? É possível demarcar esse território de uma forma determinística ou seria mais promissor identifica-lo como algo fluido que depende de várias circunstâncias ambientais, culturais, políticas e das diferentes perspectivas de atores leigos e peritos?

Cada vez mais os “manuais” emitidos pelas agências nacionais (por exemplo, ANVISA) e internacionais (por exemplo, OMS e OPAS) indicam a melhor maneira de se alimentar, a qual aos poucos é incorporada e naturalizada pelas indústrias e grupos sociais. Nesse contexto é imprescindível salientar o papel da ciência na configuração e produção do conhecimento que será aceito ou não pelos diversos atores sociais. Também é importante salientar a influência da mídia nessas transformações, como mostra o exemplo de Assunção (2007) que em sua dissertação analisa as práticas alimentares das donas de casa de Tubarão - SC a partir das “dicas” dadas pelos programas culinários televisivos, principalmente a rede de reciprocidade que se forma pela troca de receitas e experimentos culinários.

Contribuindo para o tema das modificações alimentares, Poulain (2004) argumenta que elas não necessariamente são mudanças influenciadas exclusivamente pelo modo de vida industrial e moderno, mas sim mudanças que vem sendo feitas há séculos; e que aos poucos se institucionalizam.

Tratar dos hábitos alimentares e suas modificações é um empreendimento que pode ser realizado sobre vários enfoques. A seguir analisam-se alguns autores que tratam dessas mudanças.

Poulain (2004) trabalha com a ideia de mudanças dos hábitos alimentares como uma das mudanças que aconteceram ao longo das transformações sociais a partir da industrialização. Ele não coloca essas mudanças como maléficas ou como geradoras de doenças. O autor argumenta que é a relação dos sujeitos com a comida na hora de escolher o que se comer é que está modificada.

Este argumento é diferente do elaborado por Pollan (2008), que propõe que é justamente a industrialização, principalmente a industrialização dos alimentos que gerou as doenças como diabetes, colesterol, pressão alta. Em sua visão, a modificação dos alimentos e a inclusão de outros nutrientes na composição original refletem as interações com o organismo humano. Desta forma, pessoas que nunca tiveram contato com alimentos industrializados seriam mais saudáveis.

De acordo com Poulain (2004) a industrialização corta o vínculo entre o alimento e a natureza, desconecta o comedor de seu universo biocultural. A transformação culinária se industrializa. Os produtos estão cada vez mais perto do estado de consumo, a indústria ataca a função socializadora da cozinha, o alimento é visto pelo consumidor “sem identidade”, “anônimo”, “sem alma” ele é dessocializado.

Ainda de acordo com Poulain (2004), a produção individual alimentícia reorganiza-se pela lógica da qualidade; com a urbanização ela atinge novas camadas da população com atividades de lazer. Entre os aposentados a produção individual alimentar permite a manutenção de redes relacionais de proximidade seguindo uma lógica de tempo livre e de qualidade de produtos.

A alimentação fora de casa desempenha um papel decisivo nas modificações da alimentação da esfera doméstica no domínio econômico. Segundo Poulain (ibidem) há dois grandes setores: o setor da alimentação coletiva (por exemplo, escolar, em empresas, setor de saúde) e o da produção de alimentação comercial (por exemplo, *fast-food*, restaurantes). Diferente do contexto familiar onde as decisões alimentares são delegadas à dona da casa, no restaurante de auto serviço

é o comedor que decide individualmente, porém a liberdade de escolha nunca é total.

Pollan (2008) trabalha com a perda de referencial normativo na hora de escolher os produtos. Ele a associa ao excesso de crédito dado ao nutricionismo. A ciência da nutrição, no seu ponto de vista, reduziu os alimentos a nutrientes e dessa forma as escolhas estariam ligadas aos nutrientes necessários ao organismo humano. O autor se utiliza da vasta bibliografia científica para demonstrar o estado de confusão no qual se encontra a ciência da nutrição.

No momento em que as pessoas passam a comer nutrientes ao invés de comida, a gama de possibilidades a escolher aumenta e também o número de estudos que ligam saúde/doença à alimentação. Os nutrientes estudados e relacionados às doenças trazem consigo a oportunidade da criação de novos produtos a serem comercializados para suprir as necessidades que a ciência da nutrição especula.

Já Poulain (2004) faz uma distinção entre norma dietética e norma social. A primeira engloba as prescrições de alimentação saudável baseada em estudos científicos realizados pelos profissionais da saúde. A segunda contém as estruturas das tomadas alimentares (condições e contextos de consumo). As duas se complementam e se influenciam. Os indivíduos interiorizam as normas sociais e as legitimam, porém não tomam consciência ou não levam em consideração, nos discursos, as tomadas alimentares feitas além das refeições constituídas nas regras que seguem.

As pesquisas empíricas realizadas na França e mostradas por Poulain (2004) identificam um discurso da refeição ideal dos pesquisados que não era baseado em suas práticas, mas sim em ideal

socialmente construído. Mais uma vez podemos fazer uma ligação com o caso estudado por Assunção (2007), onde as donas de casa anotavam e achavam interessantes as receitas passadas nos programas televisivos, mas nem sempre as cozinhavam. Alegavam que os produtos eram muito requintados e que as refeições mostradas não condiziam com suas condições e realidade.

Na argumentação de Pollan (2008), o nutricionismo entende que um alimento é a soma de seus nutrientes, de suas partes invisíveis e compreensíveis apenas pela ciência. De forma tal que seria teoricamente possível retirar de um alimento seus nutrientes “maléficos” e adicionar a ele nutrientes “benéficos”, recurso muito utilizado pela indústria alimentícia como pode ser facilmente constatado em uma visita a qualquer supermercado. Com isso, novas hipóteses alimentares surgem. E assim, as pessoas colocarão a culpa de suas doenças nos alimentos ricos neste nutriente. O problema, para o autor, é que as doenças não se relacionam aos nutrientes contidos nos alimentos e sim ao processo de industrialização por que eles passam para poderem ser comercializados.

Trata-se de um reducionismo dos alimentos a nutrientes, embora não se possa negar sua existência. A partir da descoberta dos nutrientes existentes nos alimentos foi possível a realização de pesquisas que auxiliam a prevenir e remediar doenças. Porém não se pode dizer que as doenças crônicas são ligadas exclusivamente à alimentos ou à ingredientes específicos, assim como não há como dizer que a cura de alguma dessas doenças está ligada também aos alimentos.

A ligação entre práticas culturais, relacionadas à alimentação e doenças também é objeto de estudos e não deve ser descartada. Os níveis de stress, rotinas características do mundo moderno, as estratégias

de sociabilidade são relevantes aos estudos sobre doenças crônicas. Outra possibilidade é a produção de alimentos para suprir necessidades mercadológicas. Nesse caso, indústrias criam produtos e demandas para conseguirem se manter no mercado alimentar.

Um contraponto a essa reflexão é a argumentação de Rial (1997), em seu artigo sobre *fast-food*. A autora advoga que o alimento acompanha os movimentos da sociedade se tornando assim signos, consolidando a ideia de que não somente o social gera as vontades, mas também a associação dos indivíduos a essas vontades gera uma ação da indústria. Extrapola assim o argumento da ingestão dos alimentos por uma necessidade simplesmente biológica (Barthes *apud* RIAL, 1997).

Rial (1997) traz também a imagem como constituinte do imaginário da alimentação. Não é somente alimento, mas sim os signos incorporados nele: “as nostalgias familiares, a cultura, os sonhos e os mitos ancestrais intervêm na ingestão e na digestão dos alimentos na mesma medida que a boca, o nariz e os órgãos digestivos” (Ibdem, p.32). Hoje existe uma imagem do alimento que ultrapassa a noção de nutrição corporal. A degustação se faz pelo paladar, mas também pela estética da embalagem, do alimento. Esse ponto nos indica que a industrialização dos alimentos perpassa também a busca pela conquista dos gostos do consumidor, que leva em consideração a rótulo, a textura, a aparência, o gosto e também o valor nutritivo dos alimentos. Assim as preferências regionais são respeitadas por parte das indústrias, mesmo com a manutenção da base do cardápio e dos produtos, mostrando que o consumidor também tem voz na disputa pelo poder de escolher o que comer (RIAL, 1997).

Conforme aponta Grisotti (2008), é uma simplificação da complexidade que envolve a relação alimentação-saúde classificar os alimentos em saudáveis ou não saudáveis. O padrão de uma dieta dita saudável leva em consideração a composição dos produtos, a quantidade de consumo e a posição ocupada pelo produto dentro da totalidade da dieta e de outros fatores comportamentais.

Dentre os estudos que abordam a alimentação saudável, há os que se baseiam pelos dados científicos laboratoriais, que reduzem os alimentos a nutrientes; e os que trazem uma abordagem mais totalizadora do fato alimentar, como os estudos antropológicos.

Paralelamente às perspectivas científicas sobre alimentação saudável é necessário analisar a perspectiva do consumidor que, a partir da década de 1980 passou a procurar alimentos mais saudáveis, caracterizada pelo movimento de produção e consumo de produtos “orgânicos” e “naturais”. Desde 1990 os consumidores não mais pretendem restringir e/ou incluir alimentos em prol de uma saúde a longo prazo, dando abertura ao surgimento de alimentos que combinavam sabor, conveniência e benefícios a saúde a curto, médio e longo prazo.

Outro ponto abordado por Grisotti (2010) é o teor estático que o guia de dieta baseado na pirâmide alimentar – reconhecido nacional e internacionalmente – tem, pois foi há pouco revisado, depois de mais de 50 anos. Além das controvérsias encontradas nos discursos biomédicos que fundamentam esses guias.

Justamente pela existência de tantos vieses é que se torna importante verificar o discurso de um público específico.

Principalmente quando ele recebe um caráter de criador e modificador de uma realidade (Spink, 1998).

1.2 A noção de terceira idade⁶

Os estudos avançados sobre o envelhecimento necessitam ser agregados a este estudo, bem como suas percepções sobre saúde. Este sub-item foi construído a partir de diálogos entre pesquisadores da temática bem como das considerações contidas no trabalho de Silva, 2011.

Muitas são as discussões sobre qual termo utilizar: idoso, velho, terceira/quarta/quinta idade, melhor idade etc. Percebe-se que não há uma concordância sobre a questão, mesmo porque, não há uma homogeneidade no que diz respeito aos métodos de distinção desses sujeitos por parte de cada profissional que o categoriza diferentemente.

Muitos trabalham com o diferencial etário e assim pessoas acima de 60 anos passam a ter outro status social e/ou físico. Outros levam em consideração os aspectos sociais e os “papéis” desempenhados pelos indivíduos que são socialmente diferenciados. Há outros ainda que acham depreciativos e estritamente ligados à produção qualquer um desses termos citados (SILVA, 2011).

O mais importante sobre a reflexão do termo a ser utilizado é a consciência que não há homogeneidade entre as pessoas que estão envelhecendo, nem física, mental ou socialmente. Esses sujeitos são peculiares e percebem suas experiências de formas tão diversas quanto suas trajetórias (SILVA, 2011).

⁶ A temática é melhor aprofundada por SILVA (2011).

Durante este trabalho não haverá distinções nos termos usados, mas ressaltaremos que com o recorte feito e o grupo estudado, o termo “terceira idade” seria adequado porque é

ideia interessante, um tempo em que se pode começar ou dar continuidade a atividades e projetos de vida, já que se passou muito tempo como adolescente e jovem. Um lugar que ainda não é ser idoso (a) e, por isso mesmo, um lugar em que o preconceito não chegou com toda sua força (SILVA, 2011. p.).

Utilizaremos essa caracterização para o grupo específico estudado, já que não podemos fazer generalizações sobre outros contextos e características dos indivíduos que experienciam o envelhecimento, e também por se ter variação entre as idades dos sujeitos..

Logicamente não posso deixar de refletir sobre as propostas que estão sendo feitas em torno dos idosos, sua saúde, bem-estar, alimentação, autonomia etc. Para Debert (1997), o sucesso dessas propostas voltadas para a terceira idade é proporcional à precariedade dos instrumentos disponíveis para os cuidados oriundos do envelhecimento, que podem ser representados pela demora no atendimento clínico de especialidades médicas (como cardiologistas, gerontologistas, endócrinos, etc).

O Estado tende a devolver as responsabilidades com a saúde para o velho e sua família. É o que Debert (1997) chama de reprivatização da velhice.

As novas representações do corpo e do envelhecimento promovem

A suposição de que a boa aparência seja igual ao bem-estar, de que aqueles que conservam seus corpos com dietas, exercício e outros cuidados viverão mais, demanda de cada indivíduo- uma boa quantidade de "hedonismo calculado", encorajando a autovigilância da saúde corporal e da boa aparência (DEBERT, 1996. p.4).

Sob essa ótica as pessoas acima de 60 anos se sentem coagidos a manterem um padrão determinado. Se pensarmos a partir da ideia da construção social do papel das pessoas da terceira idade como consumidores ativos e autônomos, podemos vislumbrar uma atenção maior por parte das indústrias nesse público-alvo.

Em seu artigo “O velho na propaganda”, Debert (2003) estuda as imagens de idosos trabalhadas nas propagandas televisivas. E consegue perceber que aqui no Brasil ainda é lenta essa perspectiva desses sujeitos como consumidor-alvo, em especial pelos problemas econômicos nacionais. Mas que nos EUA esse público já é bem focalizado, principalmente aqueles que gozam de boa saúde, ainda trabalham, que são aposentados, que estão na faixa de 50 a 64 anos e não vivenciaram os anos de guerra e da depressão. Aqui no Brasil podemos perceber que o investimento nos idosos como público-alvo acontece por parte das empresas de empréstimos.

No âmbito das políticas públicas, mudanças têm ocorrido e as pessoas da terceira idade têm ganhado mais “espaço” e visibilidade. Pela proposta do governo federal, institucionalizada pela Lei Federal nº10.741, de 2003, os idosos são colocados em lugar de destaque dentre as preocupações políticas. Uma das razões possíveis para esse movimento é a mudança na pirâmide etária do país que demonstra o aumento do número de pessoas acima dos 60 anos. Este documento

intitulado Estatuto do Idoso descreve a normativa que guiará as políticas nacionais para os idosos.

Dentre os sete títulos que compõe esta Lei (disposições preliminares, direitos fundamentais, medidas de proteção, política de atendimento ao idoso, acesso à justiça e crimes) os capítulos que mais tratam sobre a alimentação são os relacionados com a qualidade/tipo de alimentos designados aos idosos, ao direito à saúde e sobre as entidades de atendimento. Em Florianópolis, a partir desta Lei, projeto e programas foram criados para melhor atender os idosos.

2. DISCURSOS SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: UM ESTUDO DE CASO

2.1 Contextualizações do universo empírico da pesquisa: O programa Floripa Ativa

O Programa Floripa Ativa faz parte dos programas desenvolvidos em Florianópolis com base na Política Nacional de Atenção à Saúde, que faz parte da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, propostas pelo Sistema Único de Saúde. Faz-se necessário um breve comentário sobre essa hierarquia de descentralização e suas características.

O Sistema Único de Saúde foi implementado no Brasil junto com a Constituição de 1988. “Sua finalidade era alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando o atendimento público e de qualidade a qualquer cidadão” (SACCOL, 2009, p.88).

O Sistema Único de Saúde propõe a descentralização das responsabilidades para os municípios, estados e federação. Seu intuito é fazer com que políticas públicas em saúde sejam realizadas de maneira a contemplar a diversidade nacional. Como o sistema funciona de forma integrada, foram definidos níveis de complexidade (SACCOL, 2009). A atenção básica⁷ é o contato preferencial e primeiro do usuário aos sistemas de saúde. “Ela caracteriza-se por um conjunto de ações de

⁷ Esse termo é debatido e tem várias diferenças conceituais. Fiz o uso do termo de acordo com o explicitado do documento citado.

saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção⁸ e a proteção da saúde, a prevenção⁹ de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2007. p.16). A média complexidade corresponde a assistência dada por profissionais especializados e são utilizados recursos tecnológicos durante o tratamento e diagnóstico, em suma, são as ações e serviços mais específicos e que não podem ser solucionados na atenção básica. Já a alta complexidade se caracteriza pelos serviços mais qualificados, de alto custo e com alta tecnologia instrumental (BRASIL, 2007).

O município de Florianópolis, através da Secretaria Municipal de Saúde criou o Protocolo de Saúde do Idoso, onde aponta um panorama epidemiológico da população idosa do município referente aos anos de 1980, 1990, 2000 e 2004. O documento conceitua o que é o envelhecimento biológico, perpassando pelas alterações anatômicas; envelhecimento cerebral, cardiovascular, respiratório, aparelho digestivo, aparelho geniturinário; e envelhecimento do sistema endócrino, sugestões de cuidados com o corpo, alimentação, atividades físicas, entre outros.

Desde 2006 Florianópolis já tem políticas públicas voltadas para os idosos, como o programa *Capital Idoso*, que oferece atendimento clínico diferenciado por meio das equipes de Estratégia da

⁸ Promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo (Gutierrez, 1997 apud BUSS, 2000. p.167)

⁹ As ações preventivas caracterizam-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas. Ela orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (Agência... 2007. p.14).

Saúde da Família e grupos de educação para hipertensos e diabéticos (Hiperdia). O Capital Idoso é um programa fundamentado em quatro linhas de ação que perpassam a promoção, prevenção, terapêutica e reabilitação. Ele está vinculado com o Protocolo acima citado.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis no mesmo ano contava com dois programas: um direcionado aos idosos intitulado *Idoso Ativo* e o outro *Floripa em Forma* que era voltado à população que necessitava de reabilitação cardiopulmonar e metabólica.

A prefeitura municipal de Florianópolis também realizava um programa chamado *Viver Ativo* pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), que desde o ano de 2000 disponibilizava atividades físicas e recreativas para os idosos do município.

Em 2007 houve a fusão desses programas: *Idoso Ativo*, *Floripa em Forma* e *Viver Ativo*. Dessa forma, dentro do programa Capital do Idoso há agora o Programa Intersetorial de Atividade Física para Idosos do Município de Florianópolis *Floripa Ativa*. Seu objetivo principal é fortalecer as ações isoladas na Reabilitação, Prevenção e Promoção em Saúde por meio de Atividade Física, consolidando a parceria intersetorial, universal e integral e também incentivar a prática de atividades físicas por parte dos idosos de Florianópolis. O programa *Floripa Ativa* oficializou a parceria através da assinatura do Termo de Parceria pelo Idoso de Florianópolis e instituiu a Portaria nº 286/07 no dia 02 de agosto de 2007, que regulamenta o grupo técnico do Capital Idoso. Todos os programas e ações estão vinculados as propostas do Sistema Único de Saúde, que vigora no Brasil.

As pessoas que queiram participar do Floripa Ativa, independente da fase em que estiverem, deverão obedecer aos seguintes critérios:

1. Possuir idade igual ou superior a 60 anos; 2. Possuir independência ou semi-dependência funcional, avaliado caso a caso; 3.

Residir na comunidade onde é desenvolvido o Grupo; 4.

Apresentar atestado médico indicativo ou favorável à prática de exercícios físicos; 5. Apresentar indicadores de inclusão respectivos a cada fase; 6. Participar apenas de uma das fases e frequentar exclusivamente o Floripa Ativa; 7. Casos particulares serão discutidos pela coordenação do programa.

O Programa Floripa Ativa é dividido em três fases, conforme o que se segue, respeitando as dificuldades e o estado de saúde de cada idoso:

Indicadores de Inclusão – Fase A

- Doença arterial coronariana;
- Insuficiência Cardíaca;
- Doença Arterial Obstrutiva Periférica;
- Infarto Agudo do Miocárdio;
- Doença Valvar Cardíaca;
- Cardiomiopatia;
- Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca;
- Pneumopatia Crônica;
- Insuficiência Renal;

- Apresentar três ou mais fatores de risco para doença cardiovascular, listados abaixo:

- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Diabetes;
- Obesidade;
- Dislipidemia¹⁰;
- Tabagismo.

Indicadores de Inclusão – Fase B

- Doenças indicadoras da fase A, porém estabilizadas;
- Doença osteoarticular crônica;
- Doença de Parkinson;
- Síndromes demenciais;
- Depressão Moderada;
- Apresentar até dois fatores de risco para doença cardiovascular:
- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Diabetes;
- Obesidade;
- Dislipidemia;
- Tabagismo;
- Sedentarismo.

¹⁰ Caracteriza a presença de níveis elevados ou anormais de lipídios e/ou lipoproteínas no sangue.

Indicadores de Inclusão – Fase C

- Idosos sem doenças pré-estabelecidas;
- Idosos com doenças já controladas;
- Idosos não inseridos nos indicadores das fases A e B.

Nessa pesquisa os idosos estudados foram os que fizeram parte do Programa Floripa Ativa no bairro Córrego Grande em Florianópolis, no período de 2009 e 2010. Nesse grupo participam em média 60 idosos, todos incluídos nas fases A e B. Eles se encontram três vezes por semana em um salão comunitário que funciona ao lado da Unidade Básica de Saúde do bairro, divididos em dois horários.

3. TRAJETÓRIAS

3.1 As perspectivas dos sujeitos

O grupo que participou das entrevistas tinha mais características em comum além do fato de participarem do Programa Floripa Ativa no bairro Córrego Grande. Suas idades variam de 63 a 89 anos sendo basicamente mulheres. Apenas uma mora sozinha momentaneamente, pois o marido está hospitalizado. As demais moram com os filhos e/ou netos e/ou sobrinhos e mesmo com seus companheiros. Ainda sobre o aspecto familiar, há uma pluralidade quanto ao número de filhos, tendo aparecido nas respostas desde um até onze, todos já com maioridade.

Começamos contextualizando suas participações no Programa Floripa Ativa, como souberam e quem os incentivou a participar. Percebemos a importância da rede de amizades entre eles. Os informantes mencionaram “a vizinhança” como o estímulo para a realização das atividades. Pois estes já participavam e/ou tinham interesse na realização de atividades físicas. Apenas uma pessoa mencionou a médica como mediadora. As relações citadas ficam claras nos seguintes depoimentos:

- *Eu já conhecia pessoas que faziam ginástica ali;*
- *Eu fazia muita caminhada na época, vi o pessoal identificado, perguntei;*
- *Foi a vizinhança mesmo, a própria comunidade uma passa para a outra no boca a boca;*
- *Olha foi o pessoal do grupo de idosos que me avisaram...;*

- Foi à vizinha que andava ali... ela que me levou para lá... aí arrumou também outros idosos;

- Foi uma vizinha aqui que está junto comigo que ela me guiou ;

- A gente mora aqui. Daí os amigos vão....

Cada participante já conhecia pelo menos uma pessoa que faz parte das atividades com ele. Porém não há uma homogeneidade quanto ao tempo que frequentam o Programa Floripa Ativa.

Mesmo que o Programa Floripa Ativa esteja vinculado à Unidade Básica de Saúde do Córrego Grande, nem todos os participantes frequentam este espaço. Ou o utilizam apenas para a atenção básica, preferindo os planos de saúde quando necessitam de especialistas.

- Eu uso pouco o posto de saúde, eu vou pra algumas coisas, mas, por que tenho plano de saúde, do Estado;

- Plano de saúde: Tenho, tenho também. A gente não pode só ficar no SUS de jeito nenhum, mas eu gosto... de escutar o que um fala, o que o outro fala;

- Que a gente tem Unimed né, então é mais fácil. Mais ainda a gente usa bastante o posto também. Mas quando é alguma coisa assim, que é cardiologista... a gente vai pela Unimed... exames,e tudo, a gente faz tudo pela Unimed porque é mais tranquilo.

Fica claro uma falta de credibilidade das (os) pacientes para com a Unidade Básica relacionada a médicos especialistas. Principalmente por estes pacientes serem idosos (os) e poderem necessitar com mais frequência desse tipo de atendimento mais especializado. A preocupação com problemas de saúde repentinos, que

precisam de atendimento emergencial com especialistas também é fonte desse descrédito com o atendimento público, que se mostra demorado.

Quando foram questionados sobre suas doenças, os informantes relataram muitas doenças crônicas. Interessante que para muitos deles (as) a existência de certas doenças foram consideradas “normais” para a idade.

- Eu tive dois câncer... Tenho colesterol alto, tenho taxa de glicemia alta, mas de coração não tenho nada;

- Câncer de pele carcinoma basocelular, artrose no joelho, gastrite, ... um buraco, foi constatado no meu olho que está em estudo, ... Fui no cardiologista e ele me pediu ultrason das carótidas e acusou doença queromatosa leve ... minha pressão é baixa;

- Eu sou diabética, meu colesterol em consequência sobe;

- Diabete, colesterol Tenho, mas ta tudo normal;

- Eu tenho osteoporose, pressão alta, colesterol alto e labirintite, enxaqueca;

- O meu mal é o mal da cabeça... coração tem um pouquinho, acho eu, ... as veias fica um pouquinho meio cheia né. Até fico meio cansado. O médico sempre aqui no HU, vou sempre nele lá depois a minha filha exigiu outro, dizendo três médicos, mas tudo deu bom;

- Eu tenho diabetes, hipertensão, já tive tantos problemas, mas agora estou melhor, já fiz cirurgia no cérebro que eu tinha um tumor, hoje to bem. e tireoide;

- Eu é só pressão alta só, é hipertensão, só controladinha só;

– Diz o médico que eu tenho arritmia e tenho sopro;

- *Eu tenho só pressão alta há vinte e poucos anos... eu também tenho problema de hipertireoidismo... Glaucoma, e eu uso colírio há vinte e poucos anos;*

- *O que eu tenho é a pressão... Eu tinha muito assim... como que é?... Arritmia.*

Fica ainda mais evidente esta naturalização de certas doenças como sendo “da idade” quando eles relatam os fatores que os médicos consideram como causadores das doenças que têm.

- *É a própria idade;*

- *Ele disse que é da idade;*

Outros fatores atribuídos pelos médicos às causas das doenças são os genéticos e em alguns poucos casos são fatores emocionais.

- *O médico já chegou a dizer que é genético, não é da alimentação, eu tenho alimentação mais natural possível... câncer não atribuem a fator genético, mas eles dizem, quando tem um histórico familiar tem uma tendência maior;*

- *Basocelular primeiro, porque os médicos falam, é por causa do sol. Meu pai teve degeneração da retina, e eu perguntava ‘doutor, é hereditário?’ ‘sim’;*

[entrevistadora] - *o médico ele chegou a atribuir também que essas suas doenças estava associadas ao trauma?*

[informante] – *sim. Também.*

Quando indagados sobre os motivos que eles próprios atribuíam como causadores de suas doenças, várias foram as respostas.

- *Eu acho que é mais resultado da vida atual isso do que ser genético. Eu acho que é o estilo atual, as complicações da própria vida e tudo que geram o stress da vida;*

- E o buraco no olho me preocupa muito porque meu pai teve degeneração da retina e eu tenho observado que eu puxei muito o meu pai. Geneticamente. [...] A gastrite não. A gastrite foi imprudência, automedicação;

- A gente vai ganhando peso... eu acho que é um dos motivos;

- Eu penso que foi de stress. Trabalhava muito né;

- Eu acho que por causa da morte da guria, bom eu não esqueço dela já faz 17 anos, mas pra mim foi ontem, agora também faz 7 anos eu perdi um filho... então quer dizer que tudo isso que me deixou, aí eu fico triste. Por isso que eu gosto de sair para ficar conversando;

- É que a gente fazendo muita força né. eu ando muito aqui na chácara, mexendo, limpado mato, acaba aqui já tem outra lá embaixo, e arrancar mato na chácara não pára;

- Trauma... depois disso tudo começou. É porque antes eu não sabia disso, daí eu fiquei muito tempo mau assim, sem vontade de viver... mas aquilo pra mim começou mais foi pelo trauma, porque antes eu não tinha nada. Aí foi tudo foi começando, daí eu comecei a descobrir da tireoide, a diabete, a hipertensão... A minha mãe também teve tireoide, a minha irmã também teve, então tudo ajudou um pouco né, eu não sei se é exatamente por causa do trauma, mas foi depois disso que mais.... É, mas é hereditário;

- Eu não sei, eu não sinto nada no coração só porque diz que eu tenho arritmia;- Não sei, porque a gente já nasce pré-disposta. Vamos dizer que é uma coisa assim genética, né? Já nasce e uma hora vai aparecer.;

- É que esses problemas assim quase todo mundo tem né, então não adianta a gente ficar preocupada, eu não sei porque. Um diz que a minha pressão é com emocional sei lá porque, vai ver que se me

incomoda alguma coisa a minha pressão as vezes aumenta, então eu não sei. Eu acho que é porque muita gente tem esse problema mesmo de pressão;

- A minha pressão subiu, é porque eu não segui eu tinha esquecido de tomar o remédio, porque eu já tomava esses remédios todos. Eu acho que foi porque eu esqueci de tomar o remédio.

Com relação aos tratamentos, a maioria relatou os medicamentos que usam, e os tratamentos da biomedicina.

- Eu tomo uma “carrada” de remédio. São sete remédios de manhã;

- Eu tomo remédio da pressão, o AS e tudo isso, tem esse médico deu mais um remedizinho para ajudar o AS, por causa do sangue , agora depois que eu contei que tinha caído e aí ele deu esse outro para ajudar;

- Eu já fiz 6 ou 7 cirurgias. Não era câncer, graças a Deus, não era maligno. Isso vai fazer cinco anos. Mas eu fiz cirurgia da vesícula, de varizes, que também não resolveu muito. Tireoide e desse da cabeça;

- O Dr. me receitou um remedinho que eu to tomando até hoje e ta tudo controlado. o Dr. só me pediu pra diminuir o cigarrinho, acabar com o cigarrinho;

- Eu tomo esse remédio pra câimbra, esse aqui que eu digo que é o mijão. Esse é do coração. E eu tomo esse aqui para o estômago, eu não tenho nada, mas eles dizem que é pra não fazer mal os remédios que eu tomo.... ai tomo aquele pro colesterol, eu não tenho colesterol, mas é para não dar mais esse derrame;

- Tomando o remedinho de manhã certinho pronto.

Mas houve relatos de algumas pessoas que procuraram outros tipos de tratamento:

- Bom eu, eu estava em tratamento do primeiro câncer e fiz quimioterapia e tudo inclusive eu suspendi a quimioterapia na metade do tratamento disse por médico que não queria mais fazer por que a quimioterapia é muita agressiva., Então eu pedi para ele suspender a quimioterapia fazer um tratamento naturalista numa clinica naturalista no Paraná. Numa clinica vegetariana naturalista, fiquei 10 dias internada lá. Lá o tratamento não é com remédio. É alimentação, tratamentos naturais. Tratamentos a base de água ,terra, alimentação. Hidroterapia, geoterapia, alimentação, então lá eles davam palestra,davam curso de culinária vegetariana tudo. Eu voltei de lá e fiquei 10 anos sem comer nenhum tipo de carne. Agora eu voltei a comer carne, mas raramente também;

- Eu tomo mediclonita, diamecron... eu acho que eu me recuso. É assim querida o tratamento médico eu já faço muito tempo e assim, quanto do sofrimento da minha filha óbvio que tudo né... eu nem me lembrei de mais nada, mas eu sou meio avessa a medicação, acho que é um exagero, mas na medida do possível.

Esses comentários demonstram tanto a confiança na biomedicina e também a desconfiança que suas controvérsias podem causar.

- Eu continuei e continuo até hoje fazendo o controle. E eu acho que a gente pode seguir um estilo de vida mais natural mas tem que estar sempre acompanhada por um médico, ao final de contas o natural não tem, a gente não tem aquela segurança total, se bem que eu acredito que ajude muito a melhorar o estilo de vida da gente e tudo, mas o acompanhamento médico é imprescindível.

- É, porque a gente é cobaia, eu te falo que é.- Não, eu me controlo mesmo, não precisa médico nenhum me falar, isso aí faz mal, aquilo lá faz mal. Quando eu sinto uma coisa não me faz bem, não como mais, não tomo e acabou-se. A gente tem que sentir o corpo da gente, e a gente sente mesmo, não é os vizinhos, nem os amigos, nem ninguém. Não sentem nada por a gente.

- Fizeram uma pesquisa recente o médico disse que comer repolho, brócolis e couve-flor previne o câncer. Nessa pesquisa disse que teve pessoas que estavam em estado terminal de câncer de pâncreas e que viveram mais 4 anos.

Além do tratamento com medicamentos, os informantes relataram alguns alimentos que passaram a comer após a doença, ou mesmo como forma de prevenção e cuidado.

- Bastante coisa. A nossa alimentação é mais cru do que cozido, bastante salada, frutas... e verduras geralmente salada cruas e também leguminosas cozidas e tudo.

- Eu uso arroz integral. É porque eu tenho as minhas filhas e elas tinham um restaurante macrobiótico e elas me ensinaram muito a incluir na minha alimentação, por exemplo, o arroz integral, os legumes, as verduras que eu não dava muita atenção aí elas tem uma maneira especial de refogar, sem muito olho.

- Colocou mais verdura, mais fruta.

- Assim, porque tem a verdura e eu não sou muito da verdura crua, eu gosto da salada cozida e eu não gosto de mais nada, aí tem que comer bastante verdura e aí eu como lá uma vez ou outra porque daí eu vejo os outros comerem e aí eu como também, mas não gosto. Frutas

qualquer uma, não sei qual é a fruta... pra mim todas elas são boas não tem coisa ruim

– Incluir mais frutas, né e verdura essas coisas assim, mas também não foi muita coisa assim não, porque também já é uma coisa que a gente já usa no dia-a-dia, fruta, verdura.

- Ele mandou eu comer 3 frutas por dia.

- Eu como cenoura, abóbora, beterraba, eu gosto muito de verdura. Fruta eu gosto muito de banana, maçã, só tem duas frutas que eu não gosto que é abacaxi e pêssego

Alguns alimentos também foram banidos como forma de controlar as doenças crônicas que os entrevistados possuem:

- Bolo de marchemelow, essas coisas assim, a cobertura eu tiro... Nem batata frita, não como sanduíche, o único pão que eu como é o pão integral, só.

- Todos os alimentos que contém açúcar, frituras, gorduras e não bebo nada de refri.- Ah sal e gordura, sal é bem pouquinho, coisinha de nada, gordura nada.

- A galinha né, tirar a pele bem limpinha, então quer dizer isso eu não como. O sal, todo mundo que vai lá em casa pede sal. As doçuras. Deixei de comer só no começo, agora não.

- É carne de boi não, não como porque ta na bíblia... o camarão, o marisco, o siri... o bagre a gente não come, o cação.... carne de porco também não como. É perigoso, ta na bíblia não deve de tocar nele quem dirá comer.

- Principalmente os doces, que nem sempre a gente obedece né.... eu tiro mais o sal, o sal também por causa da pressão. Nada com muita gordura, nada muito enlatado, e essas coisas assim.

- *Muita gordura eu não posso comer, É, ela me tirou o sal, o peixe, e me tirou gordura e doçura, tudo.... e nada verde, por causa desse marivam, a doutora me explicou 'é porque esse marivam tem um produto do verde e se você comer verde tira o efeito do comprimido' nem a salsinha dentro da comida eu posso comer.*

- *Eu sempre me cuido na comida, eu como quase que sem sal mesmo é só uma coisinha de nada de sal que eu coloco. Gordura eu também não gosto, se é uma comida gorda eu não como. Olha graças a deus muita coisa, fritura graças a deus eu não como... Doces as vezes eu como, mas eu também não gosto de coisa muito doce. Um café eu gosto com açúcar, mas é pouquinho açúcar, eu não exagero*

Nos depoimentos sobre as dificuldades de mudar a dieta alimentar emergiram algumas estratégias usadas pelos sujeitos:

- *Se a gente não pode comer alguns alimentos então a gente não compra, daí não come;*

- *Eu deixei de comer feijoada, mas eu aproveito um churrasco que os filhos fazem em casa, evito de comer aquela carne gorda, mas eu não deixo de comer churrasco com eles.*

- *De vez em quando a gente tira um pouquinho, vai lá e come um docinho só pra matar as saudades.*

As pessoas não aderem totalmente às recomendações dietéticas como se fosse a única escolha e solução para manter-se saudável. Isto fica demonstrado nos vários depoimentos que mencionam o verbos *evitar* e *maneirar*:

- *Tem que evitar a doçura, evitar a gordura, uma carne gorda. Mas não todo dia;*

- *Evito aos poucos a gordura;*

- *Eu respondi que é só aquilo que faz bem pra saúde, mas infelizmente...;*
- *Eu gostaria de comer só aquilo que faz bem à saúde, mas a gente não se controla;*
- *A única coisa de comer que eu deixei mais, que eu tirei foi a gordura animal;*
- *Eu acho que tem que controlar a alimentação, porque você também não vai comer só aquilo, tem que variar;*
- *Eu comia de tudo, o meu cardiologista que pediu porque eu tenho colesterol, uso marca-passo, então eu maneirei muitas coisas que eu comia;*
- *De vez em quando a gente tira um pouquinho, vai lá e come um docinho só pra matar a saudades;*
- *Nunca se deixa, eu nunca deixei totalmente, eu não consigo, por exemplo, acompanho a mesa em casa, eles não fazem uma comida separada para mim, evito de comer aquilo ali que eles fizeram porque o médicos pediram... eu evito, mas totalmente eu não deixei;*
- *Não foi difícil porque não foi totalmente, eu não deixei totalmente. Deixei a feijoada, mas eu aproveito um churrasco que os filhos fazem em casa, evito de comer aquela carne gorda;*
- *Tudo pode só que não em excesso;*
- *A prevenção é o conhecimento do seu corpo, porque cada um é cada um, o mamão pode fazer bem pra mim, mas não fazer pra você, então você que comeu você analisa, não fez bem, sei lá, eu sempre faço assim hoje em dia, então a pessoa tem que ter o auto conhecimento, você vai num médico para ter uma noção, remédio só em últimos casos;*

- *Não tem aqueles plasticozinhos para o micro-ondas? Eu ponho o ovo ali dentro e cozinho no micro-ondas aí não frita, não põem na gordura;*
- *Eu só como a clara, porque eu não frito o ovo no azeite, aí tira a gema todinha e a clara fica bem branquinha.*

Ao serem perguntados sobre quem sugeriu a mudança alimentar a maioria relata que foi um profissional da área da saúde, principalmente depois de sair da internação no hospital quando, de acordo com um depoimento: “o médico me deu uma listinha de coisas para comer e não comer”. Também foi relatada a influência da nutricionista, das propagandas na televisão, das orientações fornecidas nos encontros de terceira idade, nas demonstrações gratuitas dos produtos nos supermercados e também que aprenderam o que é melhor para eles “na vida”: “a vida ensina”.

Ao serem perguntados se se sentiam melhor após começarem os tratamentos,

- *Primeira coisa é a cabeça da gente. A primeira coisa. A gente tem... eu acredito que qualquer doença que a pessoa tenha, a primeira coisa é que ela tem que ter vontade de viver e de lutar pra viver.*

- *Sim porque senão fosse o tratamento deus o livre... Porque eu como de tudo, eu passeio, eu brinco com as velharada, então isso tudo faz muito bem pra gente... Eu acredito que foi os remédios.*

- *Comecei melhorando né, tive muitos problemas antes de fazer a cirurgia, não sabia o que era, dava tontura, entrava em convulsão, mas daí assim achava que era da pressão mas não era, até que eu descobri levou um tempinho, mas daí foi melhorando né, me sinto melhor, to bem, pressão tá controlada, diabete também, tireoide tá controlada, mas levou bastante tempo assim, por exemplo a tireoide, até que eu*

acertei, o hormônio que desse pra mim, até que a médica acertou né, tanto que é um número difícil.

- É, a pressão minha controlou... comecei a tomar o remédio daí normalizou.

- A pressão... A tireoide você vê, eu tomo esse remédio tudo, porque ficava uma bola, quando eu comecei tinha uma bola aqui parecia um câncer na garganta.

Foi enfatizado por todos os participantes o papel do aspecto emocional como regulador da saúde e como mais importante que a alimentação:

- Se amar primeiro, a gente tem que se amar e ter mais equilíbrio no alimento. Porque tem coisas que a gente gosta de comer, mas daí não come. Se eu não me amasse e deixasse de comer as coisas eu tava com 200 quilos...

- Eu acho muito importante a alimentação em primeiro lugar pra saúde, pra família, mas tem muitos outros componentes que às vezes a gente deixa de comer. Eu, por exemplo, não deixo de fazer o que eu não vou comer, agora uma coisa muito importante para a saúde da gente é a harmonia familiar. Porque se tiver uma harmonia, uma paz na família as pessoas aceitam o que vemEu acho assim que a cabeça da gente faz muito, eu não sei, é uma opinião minha. Eu acho que se está tudo na santa paz, um ajudando o outro, resolvendo o problema do outro você se alimenta melhor e descansa o cérebro também.

- O alimento é só uma parte.

- É se tem um de cara feia.... a primeira coisa é a paz na família, não judia o coração.

- Porque as vezes a ansiedade faz com que a gente coma além daquilo que é preciso.

Depois de tomarmos como tema as trajetórias com relação às doenças, entramos mais a fundo na questão dos alimentos. Houve nesse momento uma “confusão” sobre os significados de alimentos funcionais e alimentos saudáveis. O conhecimento que a maioria deles tem sobre os alimentos funcionais remeteu ao seu significado literal do termo, quase igualando alimentos funcionais a alimentos saudáveis, que fazem bem. Ao serem questionados sobre o que percebiam como alimentos funcionais, relataram:

- Eu acho que é a alimentação que deve fazer parte do meu dia a dia, para que o meu organismo ele se sinta mais fortalecido e melhor alimentada;

- Eu acho que é saudável.

– Olha pra mim assim, eu tomo muito iogurte natural, eu também não sei direito se é isso, eu como linhaça com gergelim, como frutas, faço aquele shake assim, pra mim é muito bom aquilo ali. Outra coisa assim, é muito legumes, essas coisas assim. Verdes.

- Serve para tratar da alimentação bem- Não sei, talvez alguma coisa que eu faça e eu não sei

Em algum momento eles trouxeram exemplos do que, para eles, são alimentos funcionais:

- Leite, ovo, carne, verduras, é a pirâmide;

- Eu daria assim: os grãos, as proteínas que podem ser animal ou não e claro que tem uma divisão do que é importante aqui e ali, frutas, verduras, comer muitos grãos;

- Eu acho assim, peixe, sopa de verduras que eu adoro;

- *Eu lembro assim várias coisas né, é, por exemplo, é bolo, e tudo quanto é coisa assim.*

- *O que eu vou te falar? Verdura não né? Brócolis, brócolis eu também gosto eu como, as vezes quando eu vou na feira ali que eu não tenho que sair daqui aí eu compro... brócolis, repolho também é bom, é bom agente comer também, as vezes eu como... batata-doce também é bom... eu não sei.*

A alimentação saudável era trazida como:

- *Comidas naturais, de preferência sem agrotóxicos, integrais, legumes, muitas folhas verdes, isso é importante. Água, o principal. Nada de refrigerante, sucos naturais são o que entram lá em casa. . Inclusive pro funcionamento do intestino eu procuro usar mais os naturais, os integrais porque pra mim é o que faz bem.*

- *Eu não gosto muito de produto industrializado. Eu gosto de produto natural. Verduras. Água hidrata bastante o corpo.*

- *Pra mim, de manhã é o café com banana no pão. No almoço é o feijão, o arroz, as vezes a galinha. Carne porco eu não gosto. Esses alimentos são saudáveis. Tomo bastante água. As vezes suco. Frutas, maçã, laranja, banana.*

- *Eu acho que em primeiro lugar é a verdura. Porque eu como de tudo, mas bem pouquinho. Eles brigam comigo na mesa por causa da quantidade. Pra mim, saudável mesmo é verdura e fruta. Eu como muito peixe. Pra mim, o preferido mesmo é a sopa de verdura. Eu adoro frutas, banana todos os dias, maçã, pera, abacaxi, eu como de tudo. O filho vai na feira pra mim e traz de tudo. Adoro beterraba, cenoura.*

- *Verdura, frutas, sem gordura, sem açúcar. Saladas. De almoço eu como salada, arroz, bife, feijão, galinha, carne. Tudo sem sal porque*

tenho a pressão alta. . Tomate, alface, couve-flor, brócolis, abobrinha, cenoura. Todo dia tem salada.

- Leite desnatado, apesar de que recente teve uma pesquisa que disse que o leite semi-desnatado e o integral tem uma substância necessária, mas de qualquer forma tem gordura. Sementes, vários tipos de sementes. Frutas, quem conseguir variar de 4 a 5 por dia. Uma alimentação, não comer muito, mas de 3 e 3 horas você colocar um alimento no corpo. Pão integral, verdura, legume. Então, é rúcula, agrião, couve, castanhas do para, de caju, chocolate o ideal é o amargo, coalhada, ricota, laranja, aquela “ração humana”. Semente de girassol, aveia, canela, abacate. Água é indispensável, eu tomo 2 litros por dia. Eu como carne magra mas procuro fazer 2 vezes por semana peixe, sardinha.

Foi feita então a pergunta inversa: o que é um alimento não saudável? As respostas obtidas foram:

- Industrializados. Eu por exemplo, Coca-cola eu não quero nem... quero distância de coca-cola. Mussarela.*
- Farinha branca, o pão que eu estou tentando tirar dele. Eu uso integral. O queijo amarelo, só como queijo branco.*
- Carne de porco, carne vermelha. Porque está na bíblia. Tem também o camarão, o marisco, o cação. Pra saúde não é bom.*
- A carne não é saudável, a gente come porque o brasileiro é teimoso.*
- Muita gordura, muito açúcar.*
- Queijo amarelo, muita gordura, muita farinha, carne gorda, refrigerante, leite integral dependendo de cada caso, sanduiche, maionese, temperos fortes.*

Questionamos também de onde vem essas informações sobre alimentação saudável e diversas respostas surgiram:

- *Eu fui criada em sítio, então era tudo tirado da terra. Mas depois que eu vi esse negócio de industrializado, não era nada bom pra saúde.*
- *Do grupo aqui, da nutricionista lá do hospital universitário deu uma folha com tudo o que eu podia comer e o que eu não podia. Então eu sigo aquilo.*
- *Como a médica manda. Café sem açúcar. Nada de gordura. Doce eu como só um pouquinho uma vez ou outra, só pra matar a vontade.*
- *Eu tenho o endocrinologista, gosto de procurar programas de televisão que falam de saúde.*

Na hora de ir ao supermercado e fazer as compras a maioria delas (es) relatou que vai ou sozinha (o), ou acompanhada (o) daqueles com quem convivem. Muitas foram as respostas sobre as influências na hora de comprar os alimentos. Desde a influência do menor preço do produto, das promoções, da busca de novos produtos divulgados pela TV, até a busca pela qualidade, que foi o mais relatado,

- *Tem muita coisa que eu diminuo a quantidade e compro em qualidade.*
- *A gente compra aquilo que normalmente se usa em casa, que a maioria das coisas não são do supermercado, como frutas e os integrais ,eu não compro em supermercado.*
- *A qualidade.... eu não vou naquele impulso das coisas 'há que novidade' eu sou meio criteriosa.*
- *Compra o que é preciso né? Não, não é pelo preço não. Já sabe que tem que comprar, compra o que tem que comprar, tem que comer. A embalagem eu vejo, pra ver se o produto ta assim vencido, se não ta. se*

ele tem gordura trans ou não, também olho pra ver se não tem, se não, não compro.

- Eu compro de tudo que eu vejo, eu pego tudo. As vezes é claro, tem promoção e a gente compra.

- Ela procura as coisas melhor. As vezes compra (o que vê na TV).

- Eu olho o que que eu quero levar, aí olha a validade. O preço, isso é o que a gente gosta, a gente tem que levar o que a gente gosta, não é olhar o preço.

- A única coisa que eu cuido um pouco é o sal, porque tem um sal.

- Daí a gente escolhe. E ele disse que agora estamos numa fase de comprar alimentos bons, pois já trabalhamos bastante já criamos nossos filhos e eu disse assim é mesmo. E a gente sempre compra esse que é o melhor. Então, ele sempre procura coisinhas assim que a gente possa comprar.

A maioria deles prepara suas próprias refeições e a consomem em casa. Isso fica visível quando relatam:

- Sou eu (que cozinheiro). Mas assim, toda semana, ou sábado ou domingo a gente sai pra almoçar no restaurante. Mas é assim: peixe, uma arrozinho, feijão, salada. A batata frita eu já não pego.

- Eu que cozinheiro. Cozinheiro pra 5 pessoas, mas pra mim faço separado, porque pra eles é com sal.

- A minha comida eu faço, mesmo porque não é muita comida cozida. Quando é pra cozinhar minha sobrinha faz.

- É difícil a gente comer fora.

- Eu como só em casa. Aos domingos a gente come fora.

Durante as entrevistas alguns depoimentos questionaram as estatísticas epidemiológicas e as medidas de saúde pública tão amplamente divulgadas:

- *Eu tenho um irmão que se colocar um prato com tocinho ele come tudo e não tem colesterol, não tem diabetes, não tem nada;*

- *Isso é o caso que acontece em todos os meus almoços, sério. O meu marido come de tudo e não tem nada*

- *Eu também tenho um irmão mais velho que eu que ele só come comida gorda, bota uma panela de carne com banha de porco que ele devora tudo, e também não tem diabetes, não tem colesterol, não tem nada;*

- *Eu acho que é genético e não da alimentação;*

- *Eu trabalhei 30 anos e não sabia o que era faltar um dia de serviço para ir no médico, me aposentei e pensei “agora vou fazer né?” há, tá tudo ruim, coloquei marca-passo;*

- *Meu pai ficou no sítio comendo de tudo, como eu disse, só aquelas coisas escuras e nunca tinha ido num médico, nunca tomou uma injeção e o único remédio dele era um melhoral quando dava gripe e quando ele completou 79 anos ele teve um problema no intestino, se internou, fez a cirurgia e morreu, mas não tinha um colesterol, não tinha e nunca tinha ido consultar o médico e comia de tudo café de manhã dele já era com salgado. As coisas antigas eram produtos, eram mais puros, eram mais frescos, eram mais saudáveis.*

- *Eu como ovo frito todos os dias e não tenho nada, ela come tudo direitinho, come tudo integral e teve AVC.*

- *A vida é toda relativa, tem gente que sofre na vida, mas não sofre do coração e tem outros que tem uma família boa, mas sofrem do coração.*

Ao final, os sujeitos trouxeram vários exemplos de alimentos que ora são considerados bons ora são considerados ruins pelos médicos e pelas campanhas de saúde pública. Foi um momento importante porque foi possível compreender algumas representações dos participantes sobre as controvérsias alimentares e a representação da ciência. É importante destacar também que os exemplos acima estão totalmente relacionados às tradições culturais e os costumes familiares sobre o que é ou não é bom para comer:

- *O óleo de soja que antes era um veneno e agora já pode;*
- *A própria carne de porco que agora eles estão fazendo propaganda que a carne de porco é mais branca que a carne de boi. Por que? Porque antigamente eu acho que os porcos eram criados diferentes;*
- *Pois é não dá pra entender, porque uns dizem que faz bem, agora não faz mais;*
- *Eu já vi outro dia que a carne de porco é melhor que a carne de boi;*
- *Isso aí foi feito uma experiência de tratar os porcos só na base da soja, o que aconteceu? Eles começaram a quebrar todas as pernas, então não porque tem que ser só o leite de soja, não pode ser outro óleo, mas daí quando aconteceu isso já mudaram, então de acordo com a evolução, com o que está acontecendo eles mudam os tratamentos, a história dele, os pesquisadores chegaram a esse conclusão que os porcos começaram a quebrar as pernas porque estavam sendo alimentados com soja, daí então saiu a história;*
- *Nas grandes indústrias eles fazem uma mídia muito grande, por exemplo, na época que foi lançado o extrato de tomate foi toda uma campanha que o corolal era cancerígeno, que dava câncer, então todo*

mundo deixou de usar coloral e passou a usar o extrato de tomate, hoje a gente sabe que é o contrário, que o coloral é muito mais saudável;

- O coloral é bem mais puro....e o extrato de tomate que tem uma porção de produtos químicos ali, no caso até quem tem pressão alta não pode usar, é uma coisa que a gente já está deixando de lado agora. Então também tem muito a mídia para a comercialização dos produtos, então uma hora é bom por que? Ai outra hora vem a pesquisa, vem os profissionais da área e fazem a pesquisa ai faz mal;

- Por isso a gente fica em dúvida;

- Eu acho que tudo não pode ser exagerado, nem exagero nem de um lado nem de outro, porque essa história da massa de tomate aconteceu também com o adoçante. De repente o adoçante era o vilão da história, eu inclusive tinha amigas que usavam que tinham meia dúzia de adoçantes e jogaram tudo fora, dali a pouco a mídia parou de falar mal dos adoçantes. Então tudo tem que ser pensado;

- Porque depois que a minha mulher começou a usar adoçante ai começou essa história de que os adoçantes não prestam, que tinha que ser um tipo (stévia) e não outro;

- Eu acho que esse adoçante eu ainda não vi, porque tem o teste da formiga você pode pegar adoçante e bota açúcar aqui a formiga vai no açúcar e não vai do adoçante. Eu acho que ela vai para o lado certo;

- Eu acho que falta fiscalização no Brasil...A hora que eles fabricam os produtos deveriam ser melhor testados e ver se dá problemas, se isso faz mal se isso não faz.

- Eu vi esses dias numa reportagem falando sobre a Coca Zero e Coca Light que nos Estados Unidos é proibido porque ela é prejudicial à saúde;

- Eu só tomo Coca Zero, lá no Rio muita gente está deixando de tomar, mas aqui não;

- A gema do ovo era uma tradição muito antiga que a gema do ovo era uma bomba de colesterol, agora estão divulgando que isso é bom;

- Isso tudo dá uma confusão na gente.

Na pesquisa este tipo de percepção e comportamento crítico da população reflete a não dependência total das pessoas às prescrições médicas e nutricionais, tendendo para a ocorrência de uma maior autonomia dos participantes. Voltamos aqui a pensar no conceito de configuração, de Elias (1994). São as interações com o meio e os graus de ligações entre os diversos sujeitos envolvidos que permitiram perceber a dinâmica de criação dos discursos relativos à suas próprias vidas.

Em nossa pesquisa os depoimentos mostram uma relação de causalidade mais multifatorial que apenas a ingestão de gorduras e/ou o sedentarismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um aspecto importante sobre a temática dos alimentos saudáveis é como as pessoas relacionam as noções de saúde veiculadas nos rótulos desses produtos. Primeiro porque cada pessoa tem uma representação de saúde e isso depende de seu meio social, sua rotina, escolaridade e outras variáveis. Segundo, as tecnologias utilizadas para a “descoberta” e produção desses alimentos cada vez mais se superam e mais rápido se contradizem. Terceiro, as leis são ambíguas no que se refere para quem são produzidas: consumidores ou industriais patrocinadores? Afinal, cada vez mais os produtos têm alegações de saúde aplicadas aos rótulos e não se sabe ao certo o quanto isso auxilia o consumidor em sua escolha.

O que ficou visível nas entrevistas realizadas na pesquisa foi uma ligação direta entre alimentos saudáveis e alimentos que fazem bem. Estes ainda, relacionados com os alimentos não industrializados, como as verduras, frutas e leguminosas. Isso demonstra que a legislação brasileira não deu tanta importância aos saberes ditos populares. Dentro de um espaço de industrialização, o que rege são leis abstratas assimiladas por parte da sociedade, normalmente aquela a quem mais privilegia essas leis.

Os informantes da presente pesquisa mostraram uma preocupação com a saúde, tanto na prevenção e manutenção, bem como o tratamento de doenças. Este evento se tornou claro pela prática de exercícios físicos, idas regulares aos médicos, autoexames e cuidados com a alimentação por parte dos estudados.

Outro ponto emergente foram os depoimentos que dão outras possibilidades causadoras de doenças crônicas que não a alimentação e falta de exercícios físicos, como propõe os órgãos nacionais e internacionais já mencionados. Os sujeitos relacionam suas doenças com fatores emocionais, fatores genéticos, stress e muitas vezes a própria velhice.

Pudemos perceber como o fato total da alimentação é vivido por nossos sujeitos de pesquisa. Mais que ingerir carboidratos, gorduras, proteínas e vitaminas, os outros aspectos da vida cotidiana interferem no modo como são percebidos os alimentos e também sua relação com as doenças crônicas.

Ainda é perceptível o “peso” da idade como sendo indicativo do surgimento de doenças biomédicas, e isso vai à contramão das propagandas que elevam o status desses sujeitos, querendo uma permanência na juventude da mente e do corpo. Pudemos perceber que eles se sentem jovens e saudáveis, mesmo tendo uma idade elevada e problemas físicos. As relações sociais que permeiam suas trajetórias tem uma importância tanto quanto um exercício físico e uma “boa alimentação”.

Por vezes os participantes do grupo do Programa Floripa Ativa do bairro Córrego Grande legitimaram as falas dos médicos, quase que automaticamente. Porém, também ficou perceptível que esse fato estava relacionado com a legitimação de suas próprias existências e práticas, que às vezes eram anteriores à sugestão médica, mas não mais reconhecidas. Em uma contemporaneidade que segundo Bauman (2007), valoriza a novidade e o tecnológico, as pessoas de mais idade (e

que tem um processo lógico baseado em outras éticas), são muitas vezes deixadas de lado e não valorizadas.

Por fim, percebemos a importância de pesquisas que visem conhecer outras concepções sobre alimentação, saúde e doença, pois cada grupo social e cada indivíduo significa sua existência de maneira diferente. Especificamente os sujeitos dessa pesquisa foram pessoas com mais de 60 anos e isso significa ter trabalhado com pessoas que vivenciaram conflitos sociopolíticos, movimento de urbanização, crises e tantos outros contextos e fatos que fazem deles especiais e únicos em suas percepções. Com base nesse e em outros trabalhos podem ser criados projetos que se adéquem a cada comunidade e a cada indivíduo em particular, obtendo assim melhor participação popular na efetivação de políticas públicas em saúde e também melhores resultados.

REFERÊNCIA

AGÊNCIA Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). *Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico* / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2007. p.13-16

AMORIM, B.M, GRISOTTI, M. *Os alimentos funcionais em supermercados no Brasil e na Holanda: análise sociológica da construção social das alegações de saúde e o seu papel nas políticas de saúde pública e no perfil das escolhas dos consumidores*. Relatório de pesquisa PIBIC– processo n. 484982/2007-9 – 2009.

ASSUNÇÃO, Viviane Kraieski de. *Nem toda receita é "Mais você"*: estudo etnográfico sobre consumo e recepção de programas televisivos de culinária em camadas médias e populares. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BAUMAN, Zygmunt. *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

BRASIL. [Estatuto do Idoso (2003)]. *Estatuto do idoso*. 2. ed. rev. Brasília (DF): Ed. do Ministério, 2006. 68p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9)

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000;5(1):166-177.

DEBERT, G. G. . O velho na propaganda. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 21, n. 1, 2003. p. 133-156.

DEBERT, G. G. . Envelhecimento e Curso da Vida. *Revista Estudos Feministas*, v. 15, n. 1, p. 120-128, 1997.

DEBERT, G. G. A Invenção da Terceira Idade e Rearticulação de Formas de Consumo e Demandas Políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 12, n. 34, p. 39-56, 1997.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador*. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1994- v. 277pg.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa Floripa Ativa*. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/index2.php?modo=floripa_ativa>.

Acesso em: 05 jul. 2010.

GRISOTTI, M. . Alegações de saúde dos alimentos funcionais: condições para a sua emergência e seu impacto na saúde individual e coletiva.. In: Carmem Rial e Julia Guivant. (Org.). *Consumo, alimentos e globalização*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2008, v. , p. -.

GRISOTTI, M. et al. *Os alimentos funcionais em supermercados no Brasil e na Holanda: análise sociológica da construção social das alegações de saúde e o seu papel nas políticas de saúde pública e no perfil das escolhas dos consumidores*. Relatório de pesquisa – processo n. 484982/2007-9 – 2010. Edital MCT/CNPq [no prelo]

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z.M. *A Saúde Coletiva entre discursos e práticas. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde*. Florianópolis: editora da UFSC, 2006. p. 51-68

LANDINI, Tatiana Savoia . A sociologia de Norbert Elias. *BIB. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, v. 61, p. 91-108, 2006.

MACRAE E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In TAVARES,L.A., ALMEIDA,A.R.B., MACRAE, E. (Orgs.), *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA. 1999. p.27-48. Disponível em: http://neip.info/downloads/t_edw9.pdf. Acesso em 07/06/2010.

OOSTERVEER, P. ; GUIVANT, J. S. ; SPPARGAREN, G. . Alimentos verdes em supermercados globalizados: uma agenda teórico-metodológica. In: Guivant, J.S.; Spaargaren, G. e Rial, C.. (Org.). *Novas práticas alimentares no mercado global*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2010, v. , p. 13-58.

POLLAN, M. *Em Defesa da Comida*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2008. 272p.

POULAIN, Jean-Pierre. *Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.

RIAL, C. Os fast-foods, uma homogeneidade contestável na globalização cultural. In *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, n.5, 1997. p.140-180.

SACCOL, Ana P. *A representação social da anorexia nervosa entre profissionais do sistema único de saúde do município de Florianópolis/SC: um estudo de caso*. 214f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

SILVA, Elaine L. *Velhices masculinas: um estudo de experiências sobre o envelhecer*. 2011. 220 fls. Trabalho de Conclusão de Curso

(Graduação em Ciências Sociais). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011. [no prelo]

SPINK, M. J. P. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (orgs). *Textos em representações sociais*. 2 ed. Petrópolis, Vozes, 1998. P. 117-145. WORLD HEALTH

ORGANIZATION .WHO. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. (WHO Technical Report Series, 916).Geneva. 2003. 149 p.

ANEXO A – Roteiro da entrevista.

Bloco 1 – Identificação do sujeito

- 1) Nome
- 2) Idade
- 3) Sexo
- 4) Escolaridade
- 5) Estado Civil
- 6) Com quem mora

Bloco 2 – doença e alimentação

- 1) Como você ficou sabendo do Programa Floripa Ativa?
- 2) Há quanto tempo você participa do Programa Floripa Ativa?
- 3) Você tem algum tipo de problema de saúde? Alguma patologia?
- 4) Como recebeu o diagnóstico?
- 5) Quais as causas que seu médico atribuiu para o seu problema de saúde?
- 6) Das causas relacionadas ao seu problema de saúde qual ou quais você acha que é/são mais importantes? Por que?
- 7) Seu médico pediu que você mudasse sua alimentação por causa da doença?
- 8) Você precisou deixar de comer algum tipo de alimento? Quais?
- 9) Você precisou comer algum tipo de alimento? Quais?
- 10) Além das orientações alimentares do seu médico você segue alguma outra? Quem ou o que sugeriu essa orientação alimentar?
- 11) Você percebeu alguma melhoria de saúde após o tratamento médico? Você diria que está melhoria foi por causa do que?
- 12) O que você considera alimentação saudável? Cite exemplo de alimentos considerados saudáveis.
- 13) E o que seriam alimentos não saudáveis? Cite exemplos.
- 14) É você mesmo que vai ao supermercado comprar seus alimentos? Como você escolhe que alimento comprar? (selo, meios de comunicação, indicação etc. deixar emergir as categorias)